Lane Medical Library

Ueber die

Empornähung des gesunkenen Oberlides.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 10. August 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

J. C. Hadji-Antonoglou

aus Philippopel.

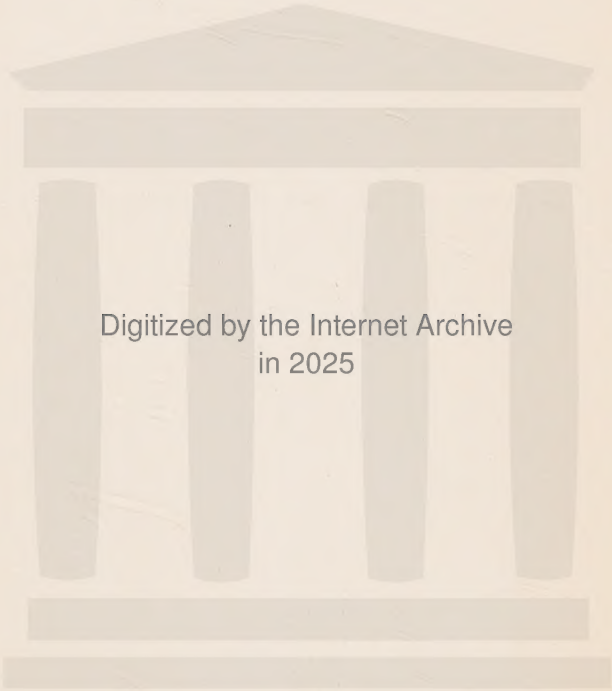
OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. E. O. Wittcke.
- Dr. med. F. Friedrichsen.
- Cand. med. C. F. Müller.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberdieempornah0000jcha

Meinem Vater!

Die Empornähung des Ciliar-Bodens war schon den alten Griechen[1]) wohl bekannt.

Die Verfahrungsweisen, deren sie sich bedienten, und welche durch die ganze Folgezeit geübt wurden, sind entschieden brauchbar und den in unserer Zeit empfohlenen einigermaassen ähnlich. Die Empornähung des herabgesunkenen Oberlides scheint ihnen aber nicht gelungen zu sein und die bei diesem Zustande vorgenommenen Operationen gehören der neueren Zeit an. Die Zahl der hierzu geübten Verfahren ist ziemlich bedeutend, theils sind sie erfunden, grösstentheils Modificationen dieser.

---

[1]) *Ποτὲ μὲν οὖν επὶ ταύτης τῆς διαθέσεως (τῆς διστιχιάσεως) χρώμεθα τῇ ἀναῤῥαφῇ, ποτὲ δὲ επί τῆς φαλαγγώσεως ὅταν ὁ ταρσὸς ἔσω νευῃ, στρεφομένης αὐτῷ τῆς τῶν τριχῶν φάλαγγος, ἄλλοτε δὲ καὶπὶ τῶν κεχαλασμένων βλεφάρων, ὅταν οἱ κατὰ φύσιν τρίχες τὸν βολβὸν ἐπινύττουσι.* Paul. Aeg. VI, 7. — Diese Umstände entsprechen den heutigen: 1. Trichiasis, 2. Ektropium mechanicum, 3. E. spasticum.

Eines der besten Verfahren scheint das von Birnbacher zu sein.

Bevor ich zur näheren Beschreibung und Auseinandersetzung der verschiedenen hierzu geübten Methoden schreite, sei es mir, in Anbetracht des Umstandes, dass das Herabhängen des Oberlides verschiedene Varietäten zeigt, welche ein verschiedenes therapeutisches Interesse besitzen, gestattet das Zustandekommen desselben mit einigen Worten kurz zu berühren.

Die Ptosis kann durch folgende Momente bedingt sein:

1. kann sie einfach mechanisch zu Stande kommen, wie in Folge vermehrter Schwere des Oberlides nach pathologischen Veränderungen (z. B. Trachom - Blennorrhoe der Conjunctiva u. s. w.) erschwerter Beweglichkeit, so dass der Hebemuskel nicht die zum Emporziehen des Oberlides nöthige Kraft besitzt. Der Grad dieser Ptosis kann ein sehr verschiedener sein.
2. kommt sie congenital vor, und zwar einseitig und doppelseitig, häufig mit einer Schwäche des Musculus rectus superior und obliquus inferior

verknüpft, wie man aus dem Zurückbleiben des Auges beim Blick nach oben ersehen kann (Schmidt-Rimpler).

3. kann die Ptosis eine paralytische sein in Folge von Lähmungen des Musculus levator palpebrae superioris oder des Müller'schen Muskels. Der Levator büsst sehr häufig seine Functionsfähigkeit durch eine Störung der Innervation ein, und in den meisten Fällen hat die Lähmung des Oculomotorius eine Lähmung des Levator zur Folge. Bei Lähmung des Müllerschen Muskels ist der Grad des Herabsinkens des Lides sehr gering und oft mit Myosis combinirt, bei vollständiger Lähmung des Levators ist die Ptosis complet; das Lid hängt wie ein schlaffes Segel über den Bulbus herab, die Haut ist glatt und weist keine Falten auf.

In sehr seltenen Fällen hat man sich allmählich entwickelnde, doppelseitige Ptosis beobachtet, ohne dass irgend eine Lähmung vorhanden wäre; diese Ptosis beruht auf einer primären Atrophie des Levators.

Es versteht sich von selbst, dass die Therapie der durch pathologische Veränderungen bedingten

Ptosis in der Beseitigung der ihr zu Grunde liegenden Ursache besteht. Anders mit den angeborenen, sowie mit den durch Lähmungen bedingten, unheilbaren Fällen von Ptosis; hier ist ein eigenes, operatives Verfahren erforderlich.

Die verschiedenen Verfahren, welche von den Autoren zur Beseitigung der Ptosis in älterer und neuerer Zeit empfohlen, und mit mehr oder weniger gutem Erfolge ausgeführt worden sind, zeigen uns das Bestreben der Autoren, folgenden Indicationen zu genügen: Das herabgesunkene Lid muss verkürzt werden, die normale Form desselben beibehalten und die Fähigkeit des Lides, sich zu heben und zu senken, wieder hergestellt werden.

Wir wollen nun die Verfahren schildern, durch welche die Autoren diesen Indicationen zu entsprechen suchten und nach Beschreibung der bis jetzt geübten Verfahren werden wir dann eine nach der neuen vor Kurzem von Birnbacher beschriebenen Methode in der Klinik des Hrn. Prof. Dr. Hirschberg ausgeführte Operation beschreiben.

Das älteste Verfahren ist das Ausschneiden einer transversalen Hautfalte und Vereinigung der Wundränder durch die Naht (Beer, Himly, Jüngken u. s. w.). Dieses Verfahren ist nach der Meinung aller Autoren unzureichend und lässt sich mit Hülfe desselben kaum mehr als eine Verbesserung erzielen:

Man fasst die transversale Falte mittels zweier Pincetten und hebt die Haut mit Daumen und Zeigefinger faltenförmig ab. Alsdann fasst man die Falte mit einer Sperrpincette an dem Nasenende und lässt sie von dem Gehülfen gegen die Nase nach vorn ziehen. Gleichfalls fasst man die Falte auch gegen die Schläfe mit einer anderen Pincette, fixirt dieselbe und mit einem Schlage durchtrennt man die Falte nahe an den Pincetten. Die Wundränder werden durch Knopfnähte vereinigt[2]).

Bowmann[3]) hat die überwiegend tonische Wirkung des Musculus orbicularis dadurch zu vermindern gesucht, dass er den Orbicularis an seiner ganzen Tarsalportion mit einer subcutanen Ligatur umfasste. Allein auch dieses Verfahren, wie das vorherige, ist

[2]) Arlt, Gräfe und Sämisch; Augenheilkunde.

[3]) Ophth. Hosp. rep. 1857.

ungenügend und unzureichend, die absolute Function des Musculus levator herzustellen.

Später hat v. Gräfe[4]) folgendes Verfahren angegeben.

Er hat die Excision eines 8—12 mm breiten Streifens aus dem M. orbicularis vorgenommen, und damit die Excision eines Hautstreifens nur bei Fällen verbunden, bei welchen gleichzeitig ein grosser Ueberschuss von Haut da war von einem Winkel zum anderen. Er hat den M. orbicularis durch seitliches Unterminiren blossgelegt und dann die Wundränder stark auseinandergezogen. Die Muskelfasern wurden in der ganzen Länge der Wunde in einer Breite von 4—5 mm ausgeschnitten und die mittlere Partie der Muskelwunde durch drei Nähte vereinigt. Das Quantum der zu excidirenden Orbicularisportion lässt er von dem Grade der Ptosis abhängen.

„Durch diese Operation wird eine subcutane Verkürzung des Oberlides erzeugt, die Orbiculariswirkung geschwächt und die des Levators durch Retraction des Lides unterstützt."

---

[4]) Archiv für Ophth., IX, b. 57.

O. Ewersbusch[5]) hat die Vornähung des Levators vorgeschlagen. Sein Verfahren ist folgendes:

An das obere Lid wird ein Snellen'scher Blepharostat in der Weise angelegt, dass die Hartgummiplatte hoch hinter das Lid hinaufgeschoben wird. Vor Festklemmung des Halbringes an der Hautfläche des oberen Lides, drängt man dann mit dem Finger die Lidhaut von oben herab gegen den Ciliarrand soviel als möglich, sodass nach Schliessung der Schraube nicht nur der tarsale Theil des oberen Lides, sondern auch die Fortsetzungen desselben zur Uebergangsfalte und zur Stirnhaut mit dem Instrumente eingeklemmt sind. Sodann werden die Cutis- und Orbicularisschichten mittels eines gebauchten Scalpells fast in der ganzen Breite des Lides, parallel zum Lidrande und in gleicher Entfernung von diesem und den Augenbrauenbogen, durchschnitten. Nun wird die Haut mit dem darunter liegenden Muskel nach oben und unten von der Unterlage lospräparirt in einer Ausdehnung von je ca 4 mm.

[5]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1883.

Nachdem nun die obere Uebergangsfalte und die Sehne des Muskels an der Tarsalplatte des Lides zugänglich und frei gelegt werden kann, wird eine Fadenschlinge, deren beide Enden mit $1^1/_2$ cm langen feinen Nadeln versehen sind, an der freiliegenden Insertion des Levators angebracht, sowohl die gebrauchte wie die noch ungebrauchte Nadel in einer seitlichen Entfernung von 2—3 mm zwischen Tarsus und Orbicularis nach unten geführt und im freien Ciliarrande gleichfalls in einem Abstande von ca. 2 bis 3 mm herausgestochen.

In gleicher Weise werden solche Doppelnadelfäden an den temporalen und nasalen Abschnitten der Levatorsehne applicirt, sodass dieselbe in drei Schlingen befestigt ist.

Die zusammengehörenden Fadenenden werden an dem Lidrande fest zusammengeknüpft, nachdem vorher die Wunde durch drei Nähte schon vereinigt, und schliesslich ein Verband angelegt.

Bis zur definitiven Heilung der Hautwunde bleibt er bei dem Verbande, und geht sodann zur Anwendung der Kälte über. Die Lidinfiltration bildete sich schon nach wenigen Tagen, zurück.

Einige unwesentliche Abänderungen, welche das Verfahren erfahren hat, theilt Brugger mit[6]).

De Wecker hat zur Beseitigung der Ptosis einen ovalen Hautlappen 4—5 mm vom Lidrande entfernt, und in demselben Umfang den Orbicularis excidirt. Darauf wird ein Faden oberhalb der Augenbraue subcutan bis zum Defect geführt, einige Millimeter in derselben zurückgeführt und oberhalb der Augenbraue geknüpft.

Er legt mehrere solche Suturen an. Die subcutane Narbe, welche sich bildet, vermittelt durch die Verbindung mit dem Frontalmuskel die Bewegung des oberen Lides.

Die Methode von Dransart (1880) und H. Pagenstecher[7]) bezweckt dadurch die Hebung der herabgesunkenen Lider zu ermöglichen, dass sie eine Vereinigung zwischen Stirnmuskel und Lid herstellt, so dass die Wirkung des M. frontalis direct auf das obere Lid übertragen und somit der Levator selbst durch den Frontalis ersetzt wird.

---

[6]) Brugger, Zur Oper. d. Blepharopt. Aerztl. Intellig.-Blätt. München 1886.

[7]) Transact. of the sevent. session of the intern. med. Cong. in London 1881. T. III. p. 109.

Pagenstecher ist zu dieser Idee durch die einfache Betrachtung von Ptosiskranken hingeleitet, welche das Lid zu heben versuchen, indem sie die Stirn runzeln. Da aber keine Fasernzüge sich von dem Frontalis nach dem oberen Lide erstrecken, so erreichte er die directe Verbindung in der Weise, dass er einen Narbenstrang oberflächlich herstellte, welcher die Wirkung des Frontalis direct auf das Lid übertrug.

Er verfährt in folgender Weise:

Er sticht ungefähr einen Finger breit über der Mitte des Arcus superciliaris eine mit dickem Faden versehene Nadel, welche er unter der Haut weiterführt und am Ciliarrand aussticht, macht alsdann einen Knoten, welchen er im Anfange nur mässig angezogen liegen lässt, in den nächsten Tagen nach und nach immer stärker anzieht und zuletzt durchschneidet.

In den von ihm operirten Fällen genügte immer eine Sutur, welche einen ein wenig schief von unten und innen nach oben und aussen gerichteten Verlauf hatte, jedoch kann man in Fällen, in welchen man es für indicirt hält, auch zwei Suturen in mässigem

Abstande von einander anlegen; in Fällen, in welchen es nicht nöthig wäre die Sutur bis zum Ciliarrande durchzuführen, kann man dieselbe etwa in der Mitte des oberen Lides einstechen. Für die Fälle von incompleter Ptosis übt Pagenstecher auch dieselbe Methode, doch in etwas modificirter Weise, indem er eine vollkommen subcutan liegende Naht anlegt und damit einen subcutanen Narbenstrang erzeugt, welcher die Wirkung des Frontalis auf das obere Lid überträgt.

Er benützt hierzu einen mit zwei Nadeln versehenen Faden. Die eine Nadel führt er 1—2 mm parallel und nach dem Ciliarrand unter der Haut des Oberlides her, und genau an dem Ausstichpunkt wird dieselbe Nadel wieder eingestochen, nach oben oberhalb des Tarsus unter der Haut weiter geführt, und oberhalb des Arcus superciliaris ausgestochen. Am Einstichpunkt der ersten Nadel wird nun die zweite eingestochen und gleichfalls oberhalb des Arcus, also am zweiten Ausstichpunkt der zweiten Nadel ausgestochen. Die Fäden werden dann wenig angezogen und geschlungen.

Man muss zu vermeiden suchen beim Einstechen

und Ausstechen zu tief einzugehen, denn es könnte eine Verletzung der Beinhaut eine Verwachsung derselben mit der Haut hervorrufen, welche die Verschiebbarkeit der Narbe beeinträchtigen oder ganz aufheben würde.

Die Naht kann man kürzere oder längere Zeit liegen lassen, je nach der Lage des Falles.

Schmidt-Rimpler[8]) änderte das Pagenstecher'sche Verfahren in folgender Weise:

Er sticht einen Faden mit Nadel ähnlich wie die Gaillard'schen Nähte bei Ektropium, oberhalb der Augenbrauen unter die Haut, führt denselben subcutan bis über den Liderrand, sticht hier aus und knotet die Fadenenden auf der Haut.

Er legt zwei bis drei solche Fäden in einiger Entfernung von einander an und lässt sie liegen, bis ausgesprochene Eiterung eingeleitet ist. Um die Durchschneidung der Haut zu vermeiden, kann man entweder auf einer kleinen Pflasterrolle Knoten, oder auch die Nähte so anlegen, dass man den Faden an seinen beiden Enden mit zwei Nadeln versorgt und

[8]) Augenheilkunde 1891.

die Nadeln neben einander in einem Abstande von etwa 4 mm von einander ein- und aussticht, sodass ein Theil des Fadens und die geknoteten Enden auf die Haut zu liegen kommen.

Dianoux[9]) verfährt nach der Methode von Dransart, welche er mit einer geringen Modification versehen hat: es werden über den Cilien zwei Fadenschlingen in geringer Entfernung von einander eingelegt, die beiden Fadenenden jeder Schlinge sind mit zwei Nadeln versehen. Von den beiden Nadeln jeder Schlinge wird nun eine über und eine unter dem M. orbicularis nach oben bis zur Höhe der Augenbraue geführt. Dort werden die Fäden auf einem Fischbeinstäbchen geknüpft und in den nächsten Tagen immer stärker angezogen, bis an der Augenbraue Alles, mit Ausnahme der Haut, durchtrennt ist. Die Einstich- und Ausstichöffnungen für die beiden Fadenenden jeder Schlinge sollen unten und oben einen Abstand von etwa 8 mm von einander haben.

Panas[10]) hat folgendes Verfahren in Anwendung

[9]) Mitry, Thes. d. Paris 1885, p. 54.

[10]) Archives d'ophthal. B. VI, 1886 p. 1.

gebracht, durch welches er die Verbindung des M. frontalis herstellt.

Nachdem eine Hornplatte unter das Lid geführt und die Stirnhaut durch die aufgelegte Hand des Gehülfen gegen Verschiebung geschützt ist, macht er in der Höhe des oberen Tarsalrandes durch die Lidhaut und den M. orbicularis einen Schnitt in der Weise, dass die Incision nur über den Commissuren erfolgt, in der Mitte des Lides aber in einer Breite von 8 mm der Schnitt unterbrochen wird. Von dem medialen Ende jedes der beiden Schnitte führt er einen verticalen Schnitt nach oben, fasst bis zur Augenbraue und verbindet dort durch einen transversal und nach unten concav geführten Schnitt die beiden verticalen Schnitte. Die Verticalschnitte reichen bis auf das Tarsalligament, der obere transversale Schnitt bis auf die Beinhaut. Alsdann wird über der Augenbraue ein zweiter, dem Brauenrande folgender und dem oberen Lidlappenschnitt paralleler Schnitt von 3 cm Länge bis auf die Beinhaut geführt. Der zwischen den beiden oberen Querschnitten gelegene Lappen wird submuscular und brückenförmig von der Unterlage abpräparirt und unter derselben mittels drei

Fäden der zuerst rechtwinklig umschnittene Lappen aus der Mitte des Lides durchgeführt und an seinem oberen Rande mit dem oberen Rande der über der Augenbraue gelegenen Wunde vereinigt.

Um eine Ektropionirung des Lides zu verhindern, wird mittels eines doppelt armirten Fadens innerhalb der untersten Querwunde des Lides seitlich und beiderseits durch das Tarsalligament und Conjunctiva je eine Fadenschlinge eingelegt, die Fadenenden submuscular nach oben und gleichfalls unter dem brückenförmigen Querlappen weitergeführt, um schliesslich durch den oberen Wundrand hindurch gelegt zu werden.

Hulke[11]) verfährt so, dass nach Spaltung des Lides zwischen Haut und Orbicularis die Haut mittels Fäden in eine oder mehrere Falten geschnürt und in diesem Zustande zwei Wochen erhalten wird.

Hardy[12]), Juler sind für die Methode von Pagenstecher.

Berry[13]) empfahl die Methode von Ewersbusch.

---

[11]) Makinlay, ophth. Review 1890, p. 364.

[12]) Ophth. Review 1890, p. 364.

Darier[14]) im Ophth. Cong. in Paris theilte seine Erfahrung über sechs Fälle von Ptosis mit. Er empfahl die Methode von Dransart, nur dass die Fäden nicht vor Ablauf von drei bis vier Tagen entfernt werden dürften.

Boucheron[15]) hat gegen Ptosis die Tarsektomie mit Vorlagerung des M. levator und Abtragung einer Partie des M. orbicularis mit Erfolg angewandt.

Birnbacher[16]) hat seine Methode erst vor Kurzem publicirt.

Er ging dabei von der Idee aus, mit geringer Verletzung der äusseren Haut, die Wirkung des M. frontalis durch kurze, straffe Bindegewebsstränge auf den Tarsus der Lider direct zu übertragen.

„Dadurch, dass die Hebekraft am oberen Tarsalrande direct angreift, wird eine reine Hebung der Lider ohne auswärts rollende Componenten erzielt, und dadurch, dass man zum Ausstichpunkte die Haut der Augenbraue selbst wählt, werden die als künstliche Sehnen wirkenden subcutanen Narbenzüge kürzer

---

[14]) Congr. d'ophth. de Paris. Annales d'Ocul. T. 99, p. 201.

[15]) Annales d'Ocul. T. 99, p. 201.

[16]) Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. Mai 1892.

und darum auch weniger dehnbar, also wirksamer sein, gleichzeitig werden auch die bei längerem Liegen der Nähte unvermeidlichen Ausstichnarben von den Haaren der Augenbraue ganz gedeckt.“

Die Operation führt er in folgender Weise aus:

Er macht an die äussere Lidhaut, entsprechend dem oberen Tarsalrande durch die ganze Breite des Lides einen nach oben convexen Bogenschnitt, präparirt den oberen Tarsalrand frei und sticht drei doppelt armirte starke Fäden durch den oberen Tarsalrand durch, so dass derselbe in drei Fadenschlingen gefasst wird. Die mittlere Schlinge liegt an der grössten Convexität des Tarsus, die beiden seitlichen links und rechts davon symmetrisch in einer Entfernung von 7 mm.

Nun sticht er die beiden Nadeln der mittleren Schlinge unter der Haut aufwärts in gerader Richtung vor, um dieselben in der Augenbraue neben einander auszustechen. Die beiden seitlichen Schlingen werden etwas schräg geführt, sodass die Orte des Ausstichs weiter auseinander liegen als die Ausgangspunkte der Schlinge am oberen Tarsalrande.

Alsdann werden alle drei Fadenschlingen über

kleine Jodoformröllchen gespannt und geknüpft. Die Wunde der Lidhaut vereinigt er durch fünf feine Seidenhefte. Die Fadenschlingen lässt er unter aseptischem Deckverbande 20—25 Tage lang liegen.

Den Fall, bei welchem Birnbacher dieses Verfahren in Anwendung gebracht hat, beschreibt der Autor folgendermaassen:

„Die letzte Patientin wurde am 6. Februar 1892 unter Cocaïn-Anästhesie nach einer vorhergehenden subcutanen Injection von 2 cg Morph. mur. operirt und die Fadenschlingen am 28. Februar 1892 entfernt.

Der Anfangsstatus lautete:

Das linke Oberlid hängt glatt und faltenlos herab und bleibt bei Intention es zu heben unbeweglich. Bei Blickrichtung stark nach oben beträgt die Weite der linken Lidspalte 3 mm, die der rechten 12 mm.

Der Schlussstatus vom 1. März 1892 lautete:

Bei gerader Blickrichtung ist die linke Lidspalte ebensoweit geöffnet, als die rechte, bei gehobener Blickrichtung etwas weniger. Lidhaut schön gefaltet, Lidspalte kann vollkommen geschlossen werden."

Hr. Prof. Dr. J. Hirschberg hat dieses Verfahren in einem Falle zur Anwendung gebracht und mir das

Resultat desselben zur Veröffentlichung gütigst überlassen.

Es handelte sich um einen Fall, welcher von dem Hrn. Geheimrath Dr. Hahn der Hirschberg'schen Klinik überwiesen worden ist, und welchen ich Gelegenheit hatte, daselbst zu beobachten.

Der Patient hat sich am 17. April dieses Jahres mit einem Revolver von 6 mm Kaliber in einem Anfalle von acuter Melancholie einen Schuss in die rechte Schläfe beigebracht. Vierzehn Tage lang war er bewusstlos und die Erinnerung an das Suicidium war bei Zurückkehren des Bewusstseins gänzlich erloschen. Die Kugel hat nach dem Urtheil des behandelnden Arztes, Hrn. Geheimraths Dr. Hahn, die Schädelhöhle eröffnet und eine vorübergehende circumscripte Meningitis bewirkt. Störungen von Seiten des Gehirns sind jetzt nicht mehr nachweisbar; dagegen ist das rechte Auge blind, tiefer liegend als das linke, vom Oberlide vollkommen bedeckt und seine Beweglichkeit nur in der Richtung nach innen und unten etwas erhalten, sehr wenig nach aussen, aufgehoben nach oben. Die Kugel hat den Nervus opticus, und einen Theil der Augen-Muskeln und -Nerven beim

Passiren der rechten Orbita durchtrennt, ohne zum Glücke die linke zu erreichen, wie dies in ähnlichen Fällen vorkommt. Mit dem Augenspiegel erkennt man eine weisse Skleralnarbe mit starker Aderhaut nnd Netzhautzerreissung, sowie Blutung rings herum und in dem Glaskörper.

Das Bild ist sehr ähnlich den von Hirschberg beschriebenen Fällen von Schussverletzungen des Augapfels am hinteren Pol[17]).

Auch hier sind die peripheren Augengrundpartien im Wesentlichen normal, nur die Gefässe stark verdünnt.

Das Projectil steckt noch innerhalb des Schädels; die naso- und retro-pharyngeale Untersuchung ergiebt Nichts. Die Schussnarbe sitzt $1^1/_2$ cm hinter dem Brauenrand (Narbe und Blutung s. Skizze).

Der Status praesens ergiebt Folgendes:

Vollkommene Ptosis, die Prüfung erweist, dass bei geradem Ausblick das linke Lid den oberen Rand der Hornhaut eben deckt, das rechte Oberlid aber noch nicht 1 mm breit vom Rande des unteren ent-

[17]) Berl. klin. Wochenschrift 1891, No. 38.

fernt ist. Beweglichkeit nach allen Seiten fast aufgehoben bis auf Adduction und minimale Senkung des Bulbus.

Bulbus weich in den Aequatortheilen geröthet, spontan nicht, leicht auf Druck schmerzhaft. Pupille weit, starr nicht ganz regelmässig, Iris etwas verfärbt $S = \frac{1}{\infty}$.

Viel Blut noch im Glaskörper.

Links Pupillar-Reaction sehr stark.

Links $S = -$ 3D. $\frac{15}{XV}$ o.n.

6. VII. 1892. Viel klarer geworden. Blut vielfach resorbirt. Bulbus etwas abgeplattet. Es erscheint Ptosisoperation indicirt.

8. VII. 1892. Operation nach Birnbacher.

Die Operation ist in unserem Falle gar nicht leicht gewesen, wohl darum, weil der Knorpel weich und der Rand kaum zur Anschauung zu bringen ist. Entscheidend war mehr das Gefühl.

Man fasste die hintere Kernmasse der Lider, nachdem der Hautschnitt angelegt war und brachte die drei Doppelnähte durch. Man knüpfte auf Drain-Röhrchen. Die Hautwunde wurde durch vier Nähte geschlossen.

Die überhängende Oberlefze bedingte hier eine zweite Schwierigkeit.

Der Erfolg war ein vollkommener; augenblicklich klafft die Lidspalte fast normal, sodass beim geraden Ausblick die ganze Hornhaut sichtbar wurde; nichts destoweniger ist der Lidschluss erhalten.

Status vom 25. VII. 1892: Bei gewöhnlicher Blickrichtung ist der grösste Theil der Hornhaut frei und die Pupille sichtbar. Durch willkürliche Muskelbewegung kann das Lid bis über den Hornhautrand aufgehoben werden, und man sieht deutlich, wie der Frontalis wirkt und die Braue gehoben wird, mehr als die der anderen Seite. Durch willkürliche Muskelaction kann das Lid vollkommen geschlossen werden, wobei der Orbicularis kräftige Falten der Lidhaut hervorruft. Man fühlt deutlich, wie es von Birnbacher angegeben ist, die Narbenstränge bandartig von der Augenbraue zum oberen Tarsalrande ziehen. Die Hautwunde hat kaum sichtbare Spuren hinterlassen.

Kaum sieht man bei geradem Ausblick einen Stellungsunterschied zwischen beiden Lidern.

Wenn wir nun die verschiedenen in Obigem beschriebenen Verfahren, welche zur Empornähung des herabgesunkenen Oberlides ausgeführt worden sind, etwas näher in's Auge fassen und uns erlauben dürften, dieselben einer kurzen Betrachtung zu unterwerfen, so sehen wir, dass alle diese Methoden, mit Ausnahme einiger, so geistreich sie auch ausgedacht sind und so sehr sie einen Erfolg zu verbürgen scheinen, doch bei genauerer Betrachtung mit gewissen Nachtheilen behaftet sind und folglich als unzureichend erscheinen.

Von allen Methoden, die ich in der mir zu Gebote stehenden Litteratur auffinden konnte, scheinen drei Verfahrungsweisen am zweckentsprechendsten zu sein: ich meine die Verfahren von Pagenstecher, Panas und Birnbacher.

Die anderen Methoden, mit Ausnahme der der zuletzt genannten Autoren, hätten einen zufriedenstellenden Erfolg wohl nur bei geringem Grade von Ptosis aufzuweisen.

Das Ausschneiden einer Hautfalte lässt kaum eine Besserung erzielen, ebenso wenig auch die von v. Graefe angegebene Methode.

Das Verfahren von Ewersbusch wäre wohl anwendbar für Ptosis bei unzureichender Wirkung des M. levator.

Von den drei letztgenannten Verfahren können wir als das beste Verfahren das Birnbacher'sche betrachten; denn die Methode von Pagenstecher bietet den Nachtheil, dass sie eine Abhebung des Lides und in Folge dessen eine allmähliche Ektropionirung desselben zur Folge haben kann.

Bei der Methode von Panas sind die von ihm angegebenen Vorzüge seines Verfahrens denen seiner Vorgänger gegenüber wohl anzuerkennen, und zwar dass bei seiner Methode der Erfolg sicherer ist als bei der Pagenstecher'schen; zweitens, dass vielleicht die Schmerzen nach der Operation geringer sind und nicht so bedeutende Entzündungserscheinungen hervorgerufen werden, wie bei der subcutanen Ligatur, und endlich drittens, dass eine directe Verbindung des Lides mit dem M. frontalis hergestellt wird; wir glauben aber, dass eine feste Verwachsung des Lidlappens mit der Augenbraue kaum zu erwarten ist, und weiter wäre als Nachtheil der Umstand zu verzeichnen, dass bei seinem Verfahren die Narbe einen

grossen Hautwulst des Lides bedingt, durch welchen das Lid entstellt und am Aufheben etwas gehindert wird.

Das Birnbacher'sche Verfahren dagegen, wie es sowohl der von ihm beschriebene, als auch unser hier mitgetheilter, nach seiner Methode von Prof. Hirschberg operirte Fall beweist, wirkt in doppelter Weise:

1. überträgt es die Muskelkraft des Stirnmuskels durch drei kräftige Stränge auf das obere Lid;
2. ist die statische Erhebung des Lides dadurch gesichert, dass die Augenbrauen durch strafferes Gewebe mit dem Knochen verbunden sind, als Lidhaut und Stirnhaut;
3. die Hautwunde hinterlässt keine sichtbaren Spuren, weil die Narbe von den Augenbrauen gedeckt wird.

Zum Schlusse fällt mir die angenehme Aufgabe zu, meinem hochverehrten Lehrer, dem Hrn. Professor Dr. J. Hirschberg und dem Hrn. Dr. Perles, ersten Assistenten der Klinik, für das Wohlwollen, das sie mir bei meiner Arbeit haben angedeihen lassen, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Gegen complete Ptosis scheint das von Birnbacher angegebene Verfahren eines der besten zu sein.

II.

Bei Blutung in Folge Placenta praevia ist die combinirte Wendung indicirt.

III.

Bei Tabes dorsalis ist immer eine antisyphilitische Behandlung einzuleiten.

Lebenslauf.

Verfasser, Johann C. Hadji-Antonoglou, griechisch-katholischer Confession, wurde als Sohn des Fabrikanten Constantin Hadji-Antonoglou, am 19. December 1868 zu Philippopel geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf dem griechischen Gymnasium „Zariphia“ zu Philippopel, welches er am 30. Juli 1886 mit dem Zeugniss der Reife verliess.

Darauf begab er sich nach München, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Ostern 1889 siedelte er nach Halle a. S. und Michaelis 1889 nach Berlin über, woselbst er Ostern 1892 das Tentamen medicum, und bei der Prüfungs-Commission aus den Herren Professoren: v. Bardeleben, du Bois-Reymond, Gerhardt, Gusserow, Virchow, das Examen rigorosum bestanden hat.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

In München: v. Baeyer, Bollinger, Kupfer, Lommel, Rüdinger, Tappeiner, v. Voit, v. Ziemssen.

In Halle a. S.: Seeligmüller, v. Volkmann.

In Berlin: v. Bardeleben, v. Bergmann, Fasbender, Gusserow, Hirschberg, Klemperer, Leo, Leyden, Litten, Mendel, v. Noorden, Rabl-Rückard, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen Dank aus.

Blutung und Narbe im rechten Auge.
umgekehrtes Bild.